

Original Article

นิพนธ์ต้นฉบับ

บุหรี่และสุรา: ความแตกต่างของปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ ระหว่างครัวเรือนไทยที่มีเศรษฐกิจและระดับการศึกษาที่แตกต่างกัน

วิชัย โชควิวัฒน์*

สุพล ลิ้มวัฒนานนท์**

กนิษฐา บุญธรรมเจริญ***

ภูษิต ประคองสาย***

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร***

*กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

**คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

***สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

บทคัดย่อ

การศึกษาภาวะโรคในประเทศไทยเปรียบเทียบระหว่าง พ.ศ. 2542 กับ 2547 พบว่าใน พ.ศ. 2547 ภาวะโรคที่เกิดจากการบริโภคแอลกอฮอล์และบุหรี่เพิ่มมากขึ้น และเป็นปัจจัยเสี่ยงอันดับสองและสามรองจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์แนวโน้มความชุกของการสูบบุหรี่และการดื่มสุราในประชากรไทยระหว่าง พ.ศ. 2544 - 2549 รวมทั้งรายจ่ายครัวเรือนเพื่อการบริโภคบุหรี่และสุราเปรียบเทียบกับรายจ่ายเพื่อการรักษาพยาบาลและรายจ่ายโดยรวมทั้งหมดของครัวเรือน โดยจำแนกครัวเรือนตามฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม ได้แก่ ระดับการศึกษา และควินไทล์ของรายรับ (income quintiles) ครอบคลุมตั้งแต่ยากจนที่สุด ยากจน ปานกลาง รวยและรวยที่สุด โดยวิเคราะห์ข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการของครัวเรือน พ.ศ. 2544, 2546 และ 2549 และข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2545, 2547 และ 2549 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนมกราคมถึงมีนาคม 2550

ผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษาของประชาชนมีความสัมพันธ์ผกผันกับความชุกของการสูบบุหรี่และการบริโภคสุรา โดยผู้ที่มีการศึกษาน้อย (ระดับประถมศึกษาหรือไม่ได้เรียนหนังสือ) มีความชุกของการสูบบุหรี่และดื่มสุราสูงกว่าผู้มีการศึกษาสูง (วิทยาลัยหรือมหาวิทยาลัย) ดัชนีความไม่เสมอภาคของความชุกการสูบบุหรี่และการดื่มสุรา ระหว่างผู้ที่มีการศึกษาน้อยกับผู้จบวิทยาลัยหรือมหาวิทยาลัยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นระหว่าง พ.ศ. 2544-2549

จำนวนประชากรที่ไม่ดื่มสุราใน พ.ศ. 2549 มีสัดส่วนเพิ่มขึ้น จาก พ.ศ. 2544 ในทุกกลุ่มรายได้ และมีผู้ดื่มเป็นประจำมากขึ้น เนื่องจากผู้ที่ดื่มเป็นครั้งคราวได้กลายเป็นผู้ดื่มเป็นประจำ (อย่างน้อยสัปดาห์ละหนึ่งครั้ง) พบว่าคนจนมีความชุกของการสูบบุหรี่สูงกว่าคนรวย และความไม่เสมอภาคของความชุกของการสูบบุหรี่ระหว่างกลุ่มยากจนที่สุดกับกลุ่มร่ำรวยที่สุดเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ ครัวเรือนไทยมีรายจ่ายเพื่อการบริโภคสุราเฉลี่ยร้อยละ 6-7.5 ยาสูบร้อยละ 2-4 และเพื่อการรักษาพยาบาลร้อยละ 2-4 ของรายจ่ายครัวเรือนทั้งหมด โดยในภาพรวม รายจ่ายเพื่อสินค้าที่ทำลายสุขภาพสูงกว่ารายจ่ายเพื่อการรักษาพยาบาลไม่

น้อยกว่าร้อยละ 4-8 ของรายจ่ายทั้งหมดของครัวเรือน

นโยบายรณรงค์เพื่อลดการบริโภคยาสูบอาจได้ผลค่อนข้างดีสำหรับผู้ที่มีการศึกษาสูงและไม่ได้ผลสำหรับผู้ที่มีการศึกษาค่อนข้างต่ำอย่างเห็นได้ชัด ในขณะที่การรณรงค์เพื่อควบคุมการบริโภคสุรอาจได้ผลค่อนข้างดีสำหรับผู้ที่มีการศึกษาสูงโดยเฉพาะในช่วง พ.ศ. 2549 และอาจไม่ได้ผลสำหรับผู้ที่มีการศึกษาค่อนข้างต่ำเนื่องจากความชุกการดื่มสุราเป็นประจำมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

หน่วยงานภาครัฐและองค์กรเอกชนที่เกี่ยวข้อง ควรพัฒนามาตรการที่มีประสิทธิผลต่อการลดการสูบบุหรี่และบริโภคสุราโดยเฉพาะในกลุ่มที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำ ผู้มีการศึกษาและมีรายได้น้อย โดยมาตรการทั้งด้านอุปสงค์ เช่น รณรงค์ความตระหนักของผลเสียต่อสุขภาพ ครอบครัวยุติ และสังคม และมาตรการด้านอุปทาน โดยควบคุมการเข้าถึงบุหรี่และสุรา เช่น นโยบายภาษี การจำกัดอายุผู้บริโภคและสถานที่บริโภค มาตรการควบคุมการส่งเสริมการตลาดที่มุ่งใจการบริโภคในกลุ่มที่มีอายุน้อย ในขณะเดียวกัน สำนักงานสถิติแห่งชาติและหน่วยงานวิจัย ควรพิจารณาพัฒนาข้อมูลในแบบสำรวจการบริโภคสุรา เพื่อให้สะท้อนปริมาณการดื่มสุรา ได้แก่ ความชุกของประชากรที่ดื่มสุรา โดยเฉพาะการดื่มอย่างหนัก (binge drinking) ความถี่และปริมาณการดื่ม เพื่อสามารถคำนวณ ติดตามและประเมินปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์เฉลี่ยต่อหัวประชากร

คำสำคัญ: ความไม่เสมอภาคทางสุขภาพ, ปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ, การสูบบุหรี่, การบริโภคสุรา

บทนำ

สถานการณ์ภาระโรคในคนไทย พ.ศ. 2542 และ 2547

รายงานของโครงการศึกษาภาระโรคและปัจจัยเสี่ยงของประเทศไทย สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข⁽¹⁾ แสดงให้เห็นว่า ภาระโรคของคนไทย [burden of diseases]* เพิ่มขึ้นเล็กน้อย จาก 9.5 ล้าน DALY ใน พ.ศ. 2542 เป็น 9.9 ล้าน DALY ใน พ.ศ. 2547 โดยชายเพิ่มขึ้นเล็กน้อยจาก 5.6 เป็น 5.7 ล้าน DALY หญิงเพิ่มจาก 3.95 เป็น 4.2 ล้าน DALY เมื่อเปรียบเทียบใน 3 กลุ่มโรค พบว่าภาระโรคในกลุ่มโรคติดต่อลดลง ขณะที่ใน

กลุ่มโรคไม่ติดต่อและกลุ่มการบาดเจ็บเพิ่มขึ้น (ตารางที่ 1)

ภาระโรค 10 อันดับแรกของ พ.ศ. 2547 แสดงให้เห็นว่า ภาระโรคจากอุบัติเหตุจราจร (ซึ่งส่วนใหญ่มีสาเหตุจากการดื่มสุรา) เพิ่มขึ้นทั้งในเพศชายและหญิง เช่นเดียวกับภาระโรคจากมะเร็งตับและท่อน้ำดี ทั้งนี้ความสูญเสียที่เพิ่มขึ้นมากอย่างน่าเป็นห่วง คือ ภาระโรคที่สืบเนื่องจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (alcohol dependence or harmful use และ alcohol related problems) โดยพบว่า ในเพศชายเพิ่มขึ้นเป็นเกือบสองเท่าของ พ.ศ. 2542 นอกจากนี้ ใน พ.ศ. 2547 ปัจจัยเสี่ยง (risk factors) 2 ใน 6 อันดับแรก ที่ก่อให้เกิดภาระโรค ได้แก่ การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย แอลกอฮอล์ บุหรี่ ความดันโลหิตสูง การไม่สวมหมวกกันน็อคและคาดเข็มขัดนิรภัย ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน (รูปที่ 1) มีแนวโน้มว่า การบริโภคแอลกอฮอล์และบุหรี่ซึ่งสามารถควบคุมป้องกันได้ น่าจะเป็นสาเหตุสำคัญของปัจจัยเสี่ยงดังกล่าว ทั้งนี้

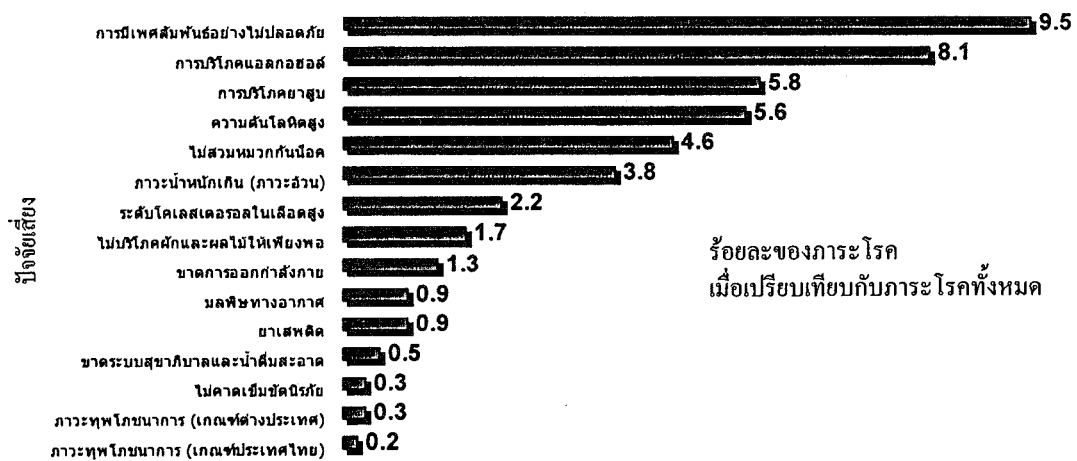
*ภาระโรค (burden of disease) หมายถึง ผลรวมของจำนวนปีที่สูญเสีย (years of life loss) เนื่องจากการตายก่อนวัยอันควร เทียบกับอายุขัยเฉลี่ยแรกเกิดของคนไทยทั้งชายและหญิง และจำนวนปีที่อยู่ในภาวะทุพพลภาพ (years living with disability) เนื่องจากโรคหรือภาวะที่ไม่เสียชีวิต ผลรวมของ years of life loss และ years living with disability เท่ากับ จำนวนปีสุขภาพ (disable adjusted life year - DALY) ที่สูญเสีย

บุหรืและสุรา: ความแตกต่างของปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ ระหว่างครัวเรือนไทยที่มีเศรษฐกิจ และระดับการศึกษาที่แตกต่างกัน

ตารางที่ 1 ภาระโรคของประชากรไทย พ.ศ. 2542 กับ 2547 จำแนกตามเพศ (หน่วย DALY x 100,000 ปี)

อันดับ	ชาย		หญิง			
	โรค	2542	2547	โรค	2542	2547
1	เอดส์	9.6	6.4	หลอดเลือดสมอง	2.8	3.1
2	อุบัติเหตุจากการจราจร	5.1	5.8	เอดส์	3.7	2.9
3	หลอดเลือดสมอง	2.7	3.3	เบาหวาน	2.7	2.7
4	การเจ็บป่วยที่เกิดจากสุราและการคิดสุรา	1.3	3.3	ภาวะซึมเศร้า	1.5	1.9
5	มะเร็งตับและท่อน้ำดี	2.5	2.8	ภาวะหัวใจขาดเลือด	1.1	1.4
6	ภาวะถุงลมอุดกั้นเรื้อรัง	1.6	1.9	อุบัติเหตุจากการจราจร	1.1	1.2
7	ภาวะหัวใจขาดเลือด	1.6	1.8	มะเร็งตับและท่อน้ำดี	1.2	1.2
8	เบาหวาน	1.7	1.8	ภาวะข้อเสื่อม	1.2	1.2
9	ตับแข็ง	1.2	1.4	ภาวะถุงลมอุดกั้นเรื้อรัง	0.9	1.2
10	ภาวะซึมเศร้า	1.0	1.4	ศ้อกระจก	1.0	1.1

ที่มา โครงการศึกษาภาระโรคและปัจจัยเสี่ยงของประเทศไทย ปี 2547⁽¹⁾
หมายเหตุ เรียงตามลำดับในปี 2547



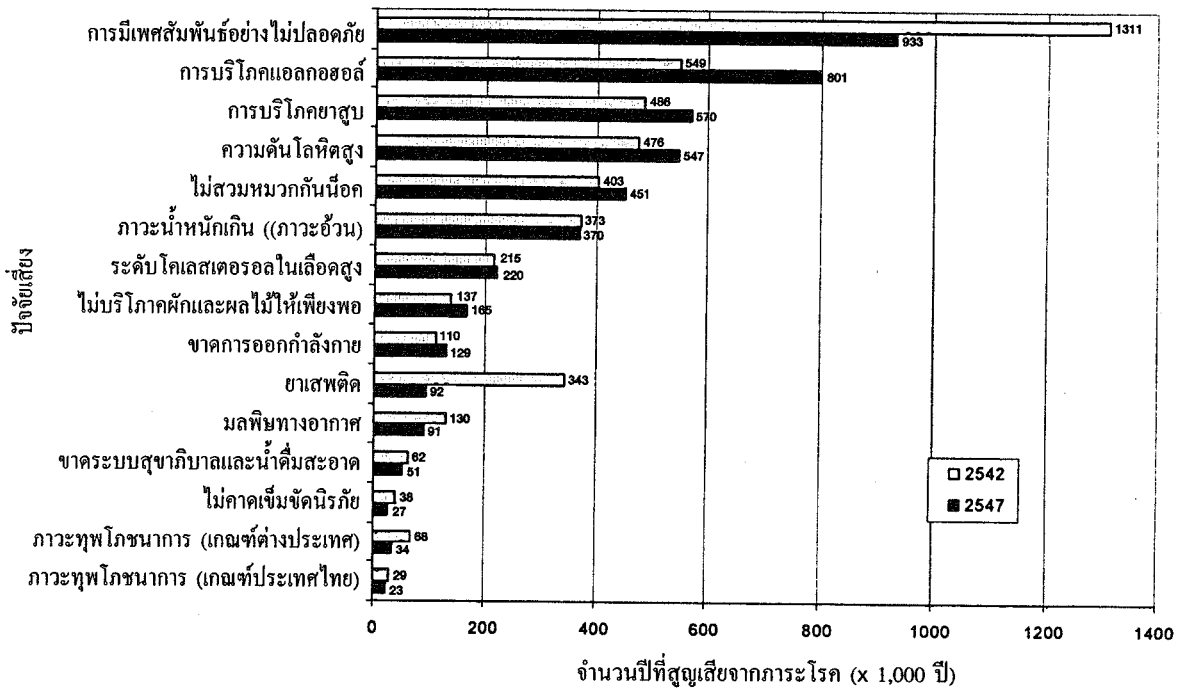
ที่มา โครงการศึกษาภาระโรคและปัจจัยเสี่ยงของประเทศไทย พ.ศ. 2547⁽¹⁾

รูปที่ 1 ปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพในประชากรไทย พ.ศ. 2547

ปัจจัยเสี่ยงทั้ง 6 อันดับแรกครอบคลุมถึงร้อยละ 37 ของภาระโรคทั้งหมด ทั้ง ๆ ที่ประเทศไทยมีกฎหมายเกี่ยวกับการควบคุมการบริโภคยาสูบถึง 2 ฉบับ และมีมาตรการทางสังคมต่าง ๆ ที่น่าจะได้ผล แต่ใน พ.ศ. 2547 ภาระโรคจากการสูบบุหรี่เพิ่มสูงขึ้นเมื่อเทียบกับ พ.ศ.

2542 (รูปที่ 2) เนื่องจากคนไทยได้สัมผัสกับบุหรืมาเป็นเวลานานในอดีต ทำให้การสูบบุหรืยังส่งผลต่อการเจ็บป่วยและการตายของประชากรไทยจนกระทั่งถึงปัจจุบัน

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์แนวโน้ม



ที่มา โครงการศึกษาภาระโรคและปัจจัยเสี่ยงของประเทศไทย พ.ศ. 2547⁽¹⁾

รูปที่ 2 ปัจจัยเสี่ยงและจำนวนปีที่สูญเสียไปจากภาระโรคในประชากรไทย พ.ศ. 2542 และ 2547

ความชุกของการสูบบุหรี่และการดื่มสุราในประชากรไทยระหว่าง พ.ศ. 2544, 2546 และ 2549 รวมทั้งรายจ่ายครัวเรือนเพื่อการบริโภคบุหรี่และสุรา เปรียบเทียบกับรายจ่ายเพื่อการรักษาพยาบาล โดยจำแนกครัวเรือนตามระดับฐานะทางเศรษฐกิจและระดับการศึกษาของสมาชิกในครัวเรือน เพื่อนำไปสู่การกำหนดมาตรการเชิงนโยบายที่มีประสิทธิผลต่อครัวเรือนและประชากรในกลุ่มต่าง ๆ

วิธีการศึกษา

วิเคราะห์ข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ (สอศ.) ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2544⁽²⁾, 2546⁽³⁾ และ 2549⁽⁴⁾ ซึ่งเป็นการสำรวจที่สอบถามถึงการสูบบุหรี่และแอลกอฮอล์ในครัวเรือนไทย การสำรวจดังกล่าวใช้วิธีการสัมภาษณ์ครัวเรือนที่ได้รับการสุ่มตัวอย่างให้เป็นตัวแทนในพื้นที่เขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาลในสี่ภูมิภาค (ได้แก่ ภาคกลาง เหนือ ตะวันออกเฉียงเหนือ

และใต้) และกรุงเทพมหานคร จากครัวเรือนทั้งประเทศประมาณ 15 ล้านครัวเรือน

การจำแนกฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือน ใช้ข้อมูลรายได้รวมทั้งรายจ่ายโดยครัวเรือน ทั้งรายได้ที่เป็นตัวเงินและที่ไม่ใช่ตัวเงินของสมาชิกครัวเรือนทั้งหมดแล้วนำมาหารรายได้เฉลี่ยต่อหัวสมาชิก โดยปรับให้เทียบเท่ากับผู้ใหญ่ 1 ราย หรือ equivalent adult ตามวิธีของ Deaton⁽⁵⁾ หลังจากนั้น นำรายได้เฉลี่ยต่อหัวของสมาชิกทุก ๆ คนในครัวเรือนตัวอย่างทั้งหมด มาเรียงลำดับตั้งแต่ต่ำที่สุดจนถึงสูงที่สุด แล้วแบ่งเป็น 5 กลุ่มในจำนวนที่เท่า ๆ กัน ดังนั้น ผู้ที่มีรายได้ครัวเรือนเฉลี่ยต่ำที่สุดร้อยละ 20 แรกจะอยู่ในกลุ่มยากจนที่สุดหรือควินไทล์ (quintile) ที่หนึ่ง (ต่อไปนี้เรียก Q1) ในขณะที่ร้อยละ 20 ของประชากรซึ่งมีฐานะร่ำรวยที่สุดจะอยู่ใน ควินไทล์ ที่ห้า (ต่อไปนี้เรียก Q5) ตามลำดับ

ลักษณะการสูบบุหรี่และการดื่มสุราเป็นข้อมูลของสมาชิกในครัวเรือนตัวอย่างที่มีอายุตั้งแต่ 11 ปีขึ้นไป

ทั้งที่เป็นสมาชิกอื่นตอบแทนสมาชิกตัวอย่าง (proxy respondents) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นหัวหน้าครัวเรือน และที่ตอบด้วยตัวเอง (self respondents)

การศึกษานี้วิเคราะห์ข้อมูลทั้ง 3 ปี ได้แก่ พ.ศ. 2544, 2546 และ 2549 โดยใช้ข้อมูลของตัวอย่างที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปทุกคน และเนื่องจากการสุบบุหรืและการดื่มสุรา อาจมีการรายงานไม่ถูกต้องกับความจริงจากการตอบแทน (proxy respondents) จึงวิเคราะห์เฉพาะข้อมูลที่ตอบด้วยตนเองเท่านั้น โดยจำนวนสมาชิกครัวเรือนตัวอย่างทั้งหมดและที่ตอบคำถามเกี่ยวกับการสุบบุหรืและการดื่มสุราแสดงในตารางที่ 2

ลักษณะการสุบบุหรืในแบบสอบถามของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พิจารณาจากระยะเวลาในการสุบบุหรื โดยจำแนกเป็น 3 ลักษณะ ได้แก่ ผู้ที่ไม่สุบบุหรืทั้งในปัจจุบันและในอดีต ผู้ที่ในปัจจุบันไม่สูบแต่เคยสูบ (เป็น

ประจำหรือนาน ๆ ครั้ง) และผู้ที่สุบบุหรืในปัจจุบัน (เป็นประจำหรือนาน ๆ ครั้ง)

สำหรับการดื่มสุรา ตามแบบสอบถามการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ (สอ.ส.) สำนักงานสถิติแห่งชาติ ได้จำแนกประชากรตามความถี่ของการดื่ม เป็น (1) ผู้ที่ไม่ดื่ม (2) ผู้ที่ดื่มเป็นครั้งคราว (non regular drinker หรือดื่มนาน ๆ ครั้ง หรือเดือนละ 1-2 ครั้ง) และ (3) ผู้ที่ดื่มทุกสัปดาห์ (frequent drinkers ตั้งแต่ 1-2 ครั้ง และ 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์ จนถึงทุกวัน)

นอกจากนี้ ยังคำนวณรายจ่ายครัวเรือนเพื่อการบริโภคบุหรื สุรา และการรักษาพยาบาล เปรียบเทียบกับรายจ่ายของครัวเรือนทั้งหมด จากฐานข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2545, 2547 และ 2549

เพื่อให้ได้ภาพสำหรับประชากรไทยทั้งประเทศ การวิเคราะห์ข้อมูลอาศัยการถ่วงน้ำหนัก (weighting)

ตารางที่ 2 สมาชิกของครัวเรือนตัวอย่างในการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2544-2549 ที่ใช้ในการศึกษา

สมาชิกครัวเรือนตัวอย่าง	ทั้งหมด		อายุ ≥ 11 ปี		อายุ ≥ 15 ปี	
	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ
พ.ศ. 2544						
ตอบคำถามเอง	101,214	45.5	99,844	54.3	96,990 *	57.7
ตอบโดยตัวแทน	121,256	54.5	83,956	45.7	71,151	42.3
รวม	222,470	100	183,800	100	168,141	100
พ.ศ. 2546						
ตอบคำถามเอง	40,551	59.3	39,337	69.0	37,202 *	71.5
ตอบโดยตัวแทน	27,882	40.7	17,664	31.0	14,828	28.5
รวม	68,433	100	57,001	100	52,030	100
พ.ศ. 2549						
ตอบคำถามเอง	33,615	45.4	33,378	53.7	32,742 *	57.8
ตอบโดยตัวแทน	40,442	54.6	28,728	46.3	23,949	42.2
รวม	74,057	100	62,106	100	56,691	100

หมายเหตุ *ตัวอย่างที่ตอบคำถามการสุบบุหรืและดื่มสุรา และใช้วิเคราะห์ในการศึกษานี้

ของแต่ละครัวเรือนตัวอย่างซึ่งสะท้อนความน่าจะเป็นในการถูกสุ่มเป็นตัวอย่างของครัวเรือนกลุ่มนั้น ๆ โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติเป็นผู้คำนวณและกำหนดค่าการถ่วงน้ำหนักจากขั้นตอนการสุ่มตัวอย่าง

วิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิดังกล่าวในช่วงระหว่างเดือนมกราคม ถึงมีนาคม พ.ศ. 2550

ผลการศึกษา

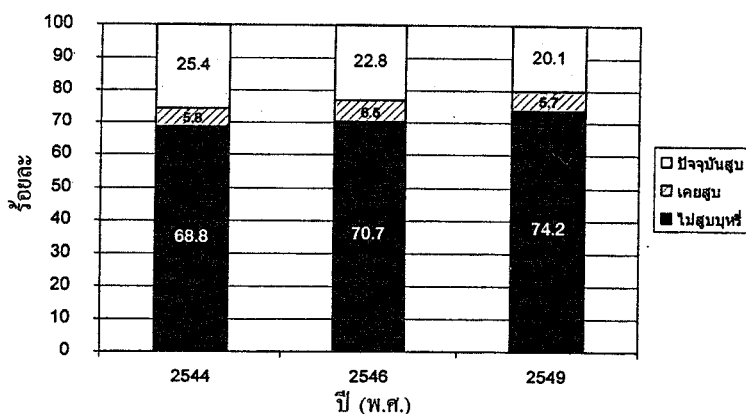
1. แนวโน้มการสูบบุหรี่และการดื่มสุรา พ.ศ. 2544, 2546 และ 2549

สมาชิกของครัวเรือนตัวอย่างที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปและตอบคำถามเรื่องการสูบบุหรี่และการดื่มสุราด้วย

ตนเอง มีสัดส่วนร้อยละ 57.7-71.5 ของสมาชิกครัวเรือนตัวอย่างทั้งหมด (ตารางที่ 2)

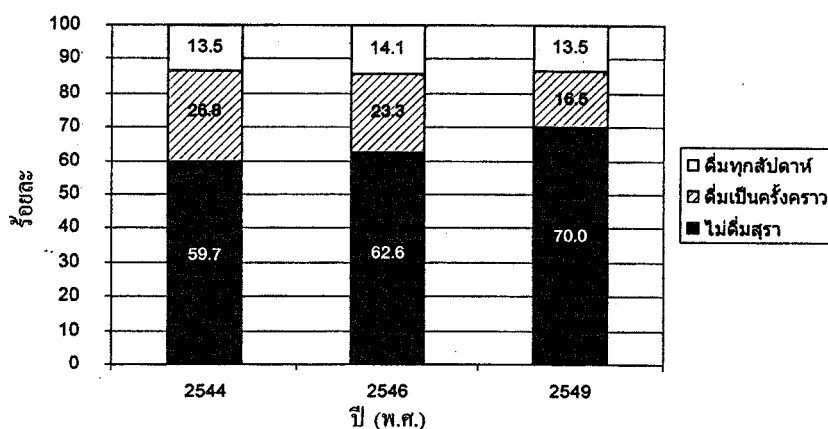
ความชุกการสูบบุหรี่ในคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปมีแนวโน้มดีขึ้น โดยผู้ที่สูบบุหรี่ในปัจจุบันลดลงจากร้อยละ 25.4 ใน พ.ศ. 2544 เป็นร้อยละ 22.8 ใน พ.ศ. 2546 และร้อยละ 20.1 ใน พ.ศ. 2549 ในขณะที่ความชุกของการไม่สูบบุหรี่เพิ่มขึ้น จากร้อยละ 68.8 ใน พ.ศ. 2544 เป็นร้อยละ 74.2 ใน พ.ศ. 2549 (รูปที่ 3)

ความชุกของการดื่มสุราของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปที่ดีขึ้นเป็นประจำทุกสัปดาห์ เพิ่มจากร้อยละ 13.5 ใน พ.ศ. 2544 เป็นร้อยละ 14.1 ใน พ.ศ. 2546 และลดลงเล็กน้อยเป็นร้อยละ 13.5 ใน พ.ศ. 2549 (รูปที่ 4)



ที่มา วิเคราะห์จากข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการของครัวเรือน พ.ศ. 2544⁽²⁾, 2546⁽³⁾ และ 2549⁽⁴⁾

รูปที่ 3 ประมาณการค่าความชุกของการสูบบุหรี่ในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2544, 2546 และ 2549



ที่มา วิเคราะห์จากข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการของครัวเรือน พ.ศ. 2544⁽²⁾, 2546⁽³⁾ และ 2549⁽⁴⁾

รูปที่ 4 ประมาณการค่าความชุกของการดื่มสุราในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2544, 2546 และ 2549

ความชุกของการดื่มสุรามีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 26.8 เป็นร้อยละ 23.3 และ 16.5 ใน พ.ศ. 2544, 2546 และ 2549 ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม ความชุกของการดื่ม ไม่ได้สะท้อนปริมาณการดื่ม ซึ่งจะต้องวัดจากปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์ต่อหัวประชากร (per capita consumption)

2. ระดับการศึกษากับความชุกของการสูบบุหรี่

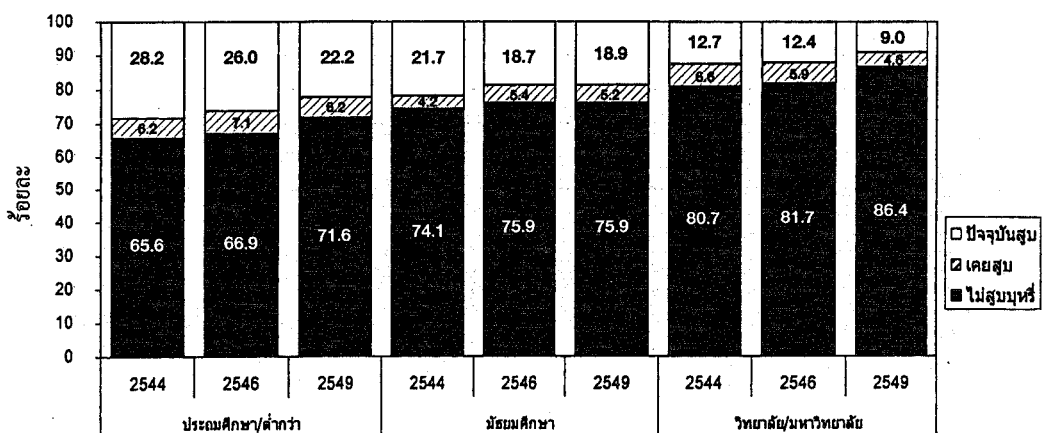
การสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์ผกผันกับระดับการศึกษาของประชากรไทย ความชุกของผู้สูบบุหรี่ในกลุ่มประชากรที่ไม่ได้รับการศึกษาหรือจบการศึกษาระดับประถมศึกษา สูงกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา วิทยาลัย/มหาวิทยาลัยอย่างชัดเจน แต่ก็มีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 28.2 ใน พ.ศ. 2544 เป็นร้อยละ 26.0 และ 22.2 ใน พ.ศ. 2546 และ 2549 ตามลำดับ (รูปที่ 5) ในขณะที่ความชุกของผู้สูบบุหรี่ในกลุ่มที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา วิทยาลัย/มหาวิทยาลัย ก็มีแนวโน้มลดลงในช่วงระยะเวลาดังกล่าวเช่นกัน

ดัชนีความไม่เสมอภาคของความชุกการสูบบุหรี่ระหว่างผู้สูบบุหรี่ที่ไม่ได้รับการศึกษาหรือจบการศึกษาระดับประถมศึกษา กับผู้ที่จบวิทยาลัยหรือ

มหาวิทยาลัย ใน พ.ศ. 2544 เท่ากับ 2.2 (ร้อยละ 28.2 เทียบกับร้อยละ 12.7) ลดลงเล็กน้อยเป็น 2.1 ใน พ.ศ. 2546 (ร้อยละ 26 เทียบกับร้อยละ 12.4) และเพิ่มขึ้นเป็น 2.5 (ร้อยละ 22.2 เทียบกับร้อยละ 9) ใน พ.ศ. 2549 แนวโน้มความไม่เสมอภาคนี้มากขึ้นระหว่างปี 2544 ถึง 2549 แสดงให้เห็นว่า นโยบายการรณรงค์เพื่อลดการบริโภคยาสูบได้ผลดีค่อนข้างดีกว่าสำหรับผู้ที่มีการศึกษาสูง และไม่ค่อยได้ผลนักสำหรับผู้ที่มีการศึกษาน้อยกว่า อาจกล่าวได้ว่า การศึกษาเป็นปัจจัยด้านสังคมของความไม่เสมอภาคอย่างหนึ่งในด้านความชุกของการสูบบุหรี่ (social determinant of health inequity)

3. ระดับการศึกษากับความชุกของดื่มสุรา

ความชุกของการดื่มสุราแบบเป็นประจำอย่างน้อยทุกสัปดาห์ มีความสัมพันธ์ผกผันกับระดับการศึกษาของประชากรเช่นเดียวกับการสูบบุหรี่ ผู้มีการศึกษาน้อย ดื่มสุราเป็นประจำมากกว่าผู้มีการศึกษาสูงกว่า ความชุกของการดื่มสุราทุกสัปดาห์ ในผู้ที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือไม่ได้รับการศึกษา ระดับมัธยมศึกษา และวิทยาลัยหรือมหาวิทยาลัยใน พ.ศ. 2544 เท่ากับร้อยละ 14.2, 12.3 และ 10.8 ตามลำดับ (รูปที่



ที่มา วิเคราะห์จากข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการของครัวเรือน พ.ศ. 2544⁽²⁾, 2546⁽³⁾ และ 2549⁽⁴⁾

รูปที่ 5 ประมาณการค่าความชุกของการสูบบุหรี่ในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปในกลุ่มที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน พ.ศ. 2544, 2546 และ 2549

6)

ความชุกของการดื่มสุราแบบเป็นประจำมีแนวโน้มสูงขึ้นใน พ.ศ. 2546 และ 2549 เป็นร้อยละ 14.9 และ 14.1 ในผู้ที่มีการศึกษาไม่เกินประถมศึกษา และร้อยละ 13.3 และ 14.7 ในผู้ที่มีการศึกษาระดับมัธยม สำหรับผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่าชั้นมัธยมศึกษา การดื่มสุราเป็นประจำเพิ่มขึ้นใน พ.ศ. 2546 เป็นร้อยละ 11.5 แต่ลดลงเหลือร้อยละ 9.5 ใน พ.ศ. 2549

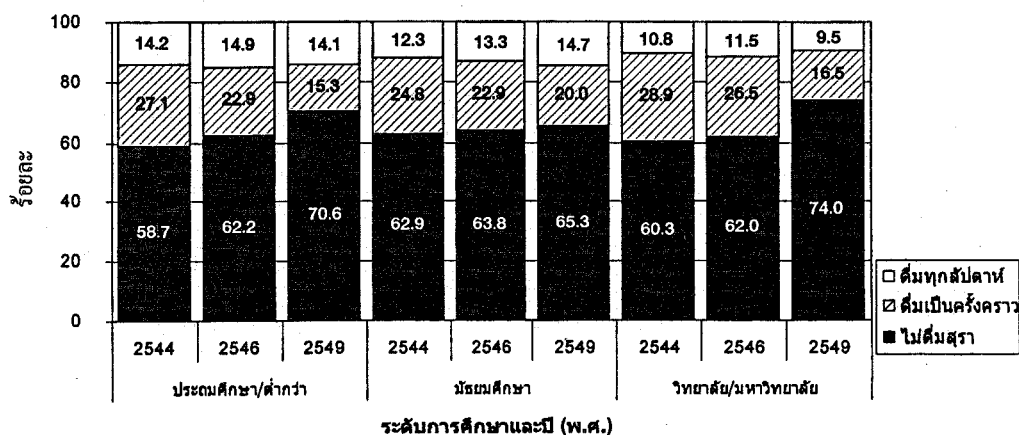
ดัชนีความไม่เสมอภาคของความชุกการบริโภคสุราเป็นประจำระหว่างผู้ที่มีการศึกษาน้อยกว่าผู้ที่จบวิทยาลัยหรือมหาวิทยาลัยใน พ.ศ. 2544 เท่ากับ 1.3 (ร้อยละ 14.2 เทียบกับร้อยละ 10.8) และเท่ากับ 1.3 ใน พ.ศ. 2546 (ร้อยละ 14.9 เทียบกับร้อยละ 11.5) และเพิ่มขึ้นเป็น 1.5 (ร้อยละ 14.1 เทียบกับร้อยละ 9.5) ใน พ.ศ. 2549 ตามลำดับ แนวโน้มความไม่เสมอภาคมากขึ้นระหว่าง พ.ศ. 2544 ถึง 2549 สะท้อนให้เห็นว่านโยบายการรณรงค์เพื่อลดการบริโภคสุรา ได้ผลดีค่อนข้างดีกว่า สำหรับผู้ที่มีการศึกษาสูง โดยเฉพาะ พ.ศ. 2549 และไม่ได้ผลสำหรับผู้ที่มีการศึกษาน้อยอย่างเห็นได้ชัด เนื่องจากความชุกการดื่มเป็นประจำมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

4. ฐานะทางเศรษฐกิจกับการสูบบุหรี่

ประชากรที่มีรายได้เฉลี่ยต่ำที่สุดในสองกลุ่มแรก (กลุ่มยากจนที่สุดและกลุ่มยากจน) ของประเทศ ได้แก่ Q1 และ Q2 มีค่าประมาณการความชุกของการสูบบุหรี่ในปัจจุบัน ประมาณหนึ่งในสี่ ซึ่งเป็นอัตราที่สูงกว่าผู้ที่มีรายได้เฉลี่ยสูงที่สุด Q5 ซึ่งมีอัตราการสูบบุหรี่ในปัจจุบันต่ำกว่ามาก โดยใน พ.ศ. 2549 เท่ากับร้อยละ 15 (รูปที่ 7)

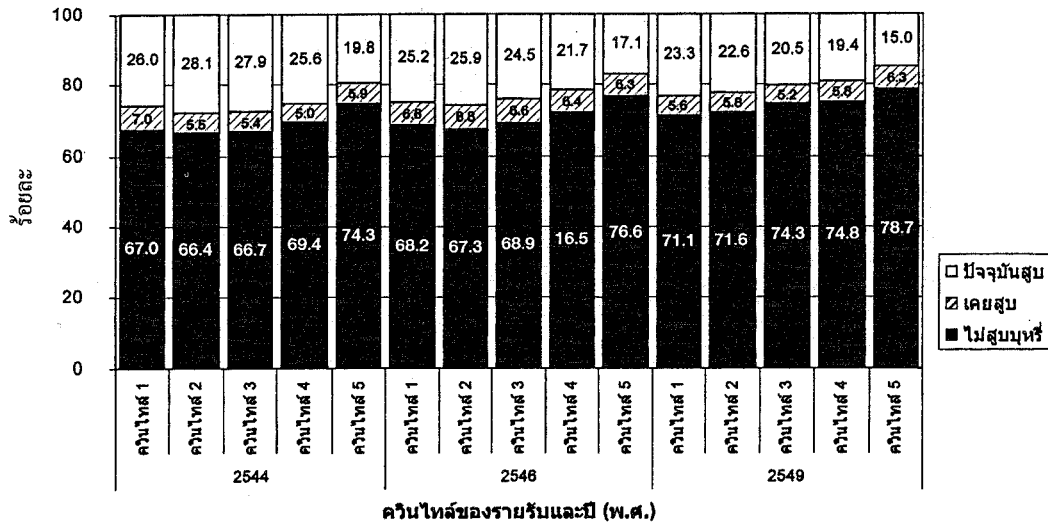
ความไม่เสมอภาคของการกระจายความเสี่ยงอันเนื่องมาจากการสูบบุหรี่ระหว่างประชากรที่มีเศรษฐกิจยากจนกับประชากรที่มีเศรษฐกิจร่ำรวยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น อัตราส่วนของค่าประมาณการความชุกของการสูบบุหรี่ในปัจจุบัน ระหว่าง Q1 กับ Q5 ใน พ.ศ. 2544 มีค่า 1.3 (ร้อยละ 26 เทียบกับร้อยละ 19.8) และเพิ่มขึ้นเป็น 1.5 และ 1.6 ใน พ.ศ. 2546 และ 2549 ตามลำดับ แสดงว่าช่องว่างความไม่เสมอภาคของความชุกการสูบบุหรี่ในกลุ่ม Q1 และ Q5 กว้างขึ้นในระหว่าง 3 ปีที่ทำการศึกษา

เป็นที่น่าสังเกตว่า ใน พ.ศ. 2544 ความชุกของการสูบบุหรี่ มีค่าสูงใกล้เคียงกันระหว่างประชากร 4 กลุ่มแรก Q1 ถึง Q4 (ร้อยละ 26.0, 28.1, 27.9 และ



ที่มา วิเคราะห์จากข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการของครัวเรือน พ.ศ. 2544⁽²⁾, 2546⁽³⁾ และ 2549⁽⁴⁾

รูปที่ 6 ประมาณการค่าความชุกของการดื่มสุราในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปในกลุ่มที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน พ.ศ. 2544, 2546 และ 2549



ที่มา วิเคราะห์จากข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการของครัวเรือน พ.ศ. 2544⁽²⁾, 2546⁽³⁾ และ 2549⁽⁴⁾

รูปที่ 7 ประมาณการค่าความชุกของการสูบบุหรี่ในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปในกลุ่มควนไทล์ของรายรับที่แตกต่างกัน พ.ศ. 2544, 2546 และ 2549

25.6 ตามลำดับ) ใน พ.ศ. 2546 ประชากรในกลุ่ม Q3 และ Q4 มีความชุกของการสูบบุหรี่ลดลงเหลือร้อยละ 24.5 และ 21.7 ตามลำดับ และล่าสุดคือ พ.ศ. 2549 ประชากรทั้ง 2 กลุ่มดังกล่าว มีอัตราการสูบบุหรี่ลดลงเป็นร้อยละ 20.5 และ 19.4 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่ามาตรการต่าง ๆ อาจได้ผลในกลุ่มที่มีเศรษฐฐานะปานกลางและเศรษฐฐานะที่ดีกว่า

5. ฐานะทางเศรษฐกิจกับการดื่มสุรา

ลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างฐานะทางเศรษฐกิจกับการดื่มสุราแตกต่างจากการสูบบุหรี่ พบว่า ใน พ.ศ. 2544 ร้อยละ 58.4 ของสมาชิกครัวเรือนในกลุ่ม Q1 ไม่ดื่มสุรา ในขณะที่ร้อยละ 60.2 ของกลุ่ม Q5 ไม่ดื่ม สถานการณ์ดังกล่าวเปลี่ยนแปลงไปใน พ.ศ. 2546 และ 2549 เนื่องจากกลุ่ม Q1 มีสัดส่วนของการไม่ดื่มสุราเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 64.1 และ 70.9 ตามลำดับ ในขณะที่กลุ่ม Q5 มีสัดส่วนของการไม่ดื่มสุราน้อยกว่า คือ เพียงร้อยละ 62.4 และ 68.5 ใน พ.ศ. 2546 และ 2549 (รูปที่ 8)

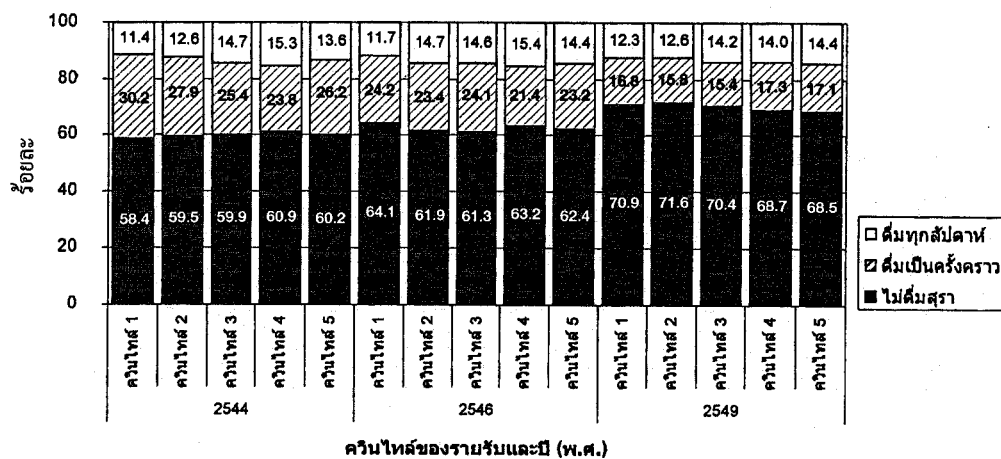
เมื่อพิจารณากลุ่มประชากรที่ดื่มสุราเป็น

ประจำอย่างน้อยทุกสัปดาห์ ประชากรในกลุ่ม Q5 มีสัดส่วนของประชากรที่ดื่มสุราเป็นประจำสูงกว่าประชากรในกลุ่ม Q1 ตลอดทั้ง 3 ปีที่ทำการศึกษาดังนี้ความไม่เสมอภาคของการดื่มสุราเป็นประจำเพิ่มขึ้นจาก 0.8 ใน พ.ศ. 2544 เป็น 0.9 ใน พ.ศ. 2549 แสดงให้เห็นว่า มีความชุกของการดื่มสุราเป็นประจำในกลุ่ม Q5 สูงกว่า Q1

เป็นที่น่าสังเกตว่า ใน พ.ศ. 2549 ประชากรที่ไม่ดื่มสุรามีสัดส่วนที่เพิ่มขึ้นในทุกกลุ่มเศรษฐฐานะ (ร้อยละ 70.9 ใน Q1 และร้อยละ 68.5 ใน Q5) เมื่อเทียบกับ พ.ศ. 2544 และ พ.ศ. 2546 ในขณะเดียวกัน ใน พ.ศ. 2549 มีผู้ที่ไม่ดื่มสุราเลยเพิ่มขึ้นในประชากรทุกกลุ่มรายได้ แต่มีผู้ดื่มเป็นประจำเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน ทั้งนี้เนื่องจากผู้ที่ดื่มเป็นครั้งคราวได้กลายเป็นผู้ดื่มเป็นประจำอย่างน้อยสัปดาห์ละหนึ่งครั้งมากขึ้น

6. รายจ่ายครัวเรือนสำหรับสุรา ยาสูบ เปรียบเทียบกับค่ารักษาพยาบาล

การวิเคราะห์ข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือนของสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่า



ที่มา: วิเคราะห์จากข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการของครัวเรือน พ.ศ. 2544⁽²⁾, 2546⁽³⁾ และ 2549⁽⁴⁾

รูปที่ 8 ประมาณการค่าความชุกของการดื่มสุราในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปในกลุ่มควินไทล์ของรายรับที่แตกต่างกัน พ.ศ. 2544, 2546 และ 2549

ตารางที่ 3 ค่ามัธยฐานรายจ่ายของครัวเรือน (บาทต่อเดือน) สำหรับบุหรี สุรา และสุขภาพตามควินไทล์ของรายรับ (income quintiles) พ.ศ. 2545, 2547 และ 2549

ควินไทล์ ของรายรับ	ค่ามัธยฐานรายจ่ายของครัวเรือน (บาทต่อเดือน)											
	บุหรี			สุรา			การรักษาพยาบาล			อาหาร		
	2545	2547	2549	2545	2547	2549	2545	2547	2549	2545	2547	2549
Q1	43	43	52	172	237	303	47	50	47	1,979	2,249	2,505
Q2	65	52	65	258	301	390	55	52	60	2,352	2,930	3,012
Q3	90	86	152	323	430	433	70	70	93	2,619	3,474	3,618
Q4	301	301	303	430	645	650	100	110	120	2,989	4,217	4,173
Q5	452	353	433	731	860	867	200	250	205	3,406	5,109	5,525
จำนวน	7.5	7.7	7.8	4.0	4.7	6.2	10.9	11.3	11.0	16.3	16.8	18

(ล้านครัวเรือน)

ที่มา: การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน สำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2545⁽⁶⁾, 2547⁽⁷⁾ และ 2549⁽⁸⁾
หมายเหตุ: ค่าเฉพาะครัวเรือนที่มีค่าใช้จ่ายบุหรี สุรา และสุขภาพ

ค่ามัธยฐานรายจ่ายครัวเรือนสำหรับบุหรีที่สูงกว่ารายจ่ายเพื่อการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยในทุกควินไทล์ของรายรับ (income quintiles) ใน พ.ศ. 2549 (ตารางที่ 3) ในขณะที่รายจ่ายเพื่อการดื่มสุราของครัวเรือนสูงกว่ารายจ่ายสำหรับการสูบบุหรีและการรักษาพยาบาลทั้ง 3 ปี รายจ่ายเพื่อบุหรีคิดเป็นร้อยละ 2 ถึง 4 ของ

รายจ่ายทั้งหมดของครัวเรือน ส่วนรายจ่ายเพื่อการบริโภคสุราคิดเป็นร้อยละ 6 ถึง 8 ในขณะที่เดียวกัน รายจ่ายเพื่อการรักษาพยาบาลเป็นเพียงร้อยละ 2 ถึง 4 ของรายจ่ายครัวเรือนทั้งหมด (ตารางที่ 4) โดยรายจ่ายเพื่อการรักษาพยาบาลมีแนวโน้มลดลงเนื่องจากการมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเต็มพื้นที่ใน พ.ศ. 2545

บุหรีและสุรา: ความแตกต่างของปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ ระหว่างครัวเรือนไทยที่มีเศรษฐกิจ และระดับการศึกษาที่แตกต่างกัน

ตารางที่ 4 รายจ่ายครัวเรือนสำหรับบุหรี สุราและการรักษาพยาบาลตามควินไทล์ของรายรับ พ.ศ. 2545, 2547 และ 2549

หน่วย : ร้อยละ

ควินไทล์ ของรายรับ	บุหรี			สุรา			การรักษาพยาบาล			อาหาร		
	2545	2547	2549	2545	2547	2549	2545	2547	2549	2545	2547	2549
Q1	1.9	1.8	1.8	5.5	6.7	6.6	3.1	3.1	2.2	50.1	52.8	48.9
Q2	2.2	1.9	2.2	5.8	6.6	6.4	2.9	2.7	2.4	45.9	50.2	45.3
Q3	2.8	2.8	2.9	6.4	7.4	6.5	3.0	2.8	2.5	40.2	46.5	40.7
Q4	3.8	3.4	3.4	6.5	7.4	6.8	3.3	2.9	2.5	33.3	42.7	37.0
Q5	3.6	3.1	3.1	6.4	6.4	6.1	3.8	4.0	3.1	24.4	34.0	29.1

ที่มา การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2545⁽⁶⁾, 2547⁽⁷⁾ และ 2549⁽⁸⁾

หมายเหตุ จำนวนเฉพาะครัวเรือนที่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบุหรี สุราและบริการสุขภาพ

ตารางที่ 5 รายจ่ายของครัวเรือนสำหรับบุหรีและสุราเปรียบเทียบกับรายจ่ายด้านการรักษาพยาบาล ตามควินไทล์ของรายรับ พ.ศ. 2545, 2547 และ 2549

ควินไทล์ ของรายรับ	รายจ่ายบุหรี + สุรา (ร้อยละ)			รายจ่ายบุหรี + สุรา สูงกว่ารายจ่ายด้านการรักษาพยาบาล (ร้อยละ)		
	2545	2547	2549	2545	2547	2549
Q1	7.4	8.5	8.5	4.4	5.3	6.3
Q2	8.0	8.5	8.5	5.1	5.8	6.1
Q3	9.1	10.2	9.4	6.2	7.4	6.8
Q4	10.3	10.8	10.2	7.0	7.9	7.7
Q5	10.0	9.4	9.2	6.2	5.4	6.2

ที่มา วิเคราะห์จากข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2545⁽⁶⁾, 2547⁽⁷⁾ และ 2549⁽⁸⁾

เมื่อรวมรายจ่ายเพื่อการบริโภคสินค้าที่ทำลายสุขภาพ (ทั้งบุหรีและสุรา) ของครัวเรือนแล้ว พบว่ารายจ่ายดังกล่าวสูงกว่ารายจ่ายเพื่อการรักษาพยาบาลของครัวเรือนทุกกลุ่มรายได้ (ตารางที่ 5) เช่น Q1 มีรายจ่ายสำหรับบุหรีและสุรามากกว่ารายจ่ายเพื่อการรักษาพยาบาลถึงร้อยละ 6.3 ของรายจ่ายทั้งหมดใน พ.ศ. 2549 นอกจากนี้ แนวโน้มรายจ่ายเพื่อการบริโภคบุหรีและสุราสูงกว่ารายจ่ายเพื่อการรักษาพยาบาลในกลุ่ม Q1 และ Q2 โดยเพิ่มขึ้นรวดเร็วกว่ากลุ่มที่มีรายได้สูงกว่า

วิจารณ์

จากข้อมูลในตารางที่ 6 สามารถสรุปความสัมพันธ์ระหว่างช่องว่างของความชุกการสูบบุหรีและการดื่มสุรากับปัจจัยด้านระดับการศึกษาและเศรษฐกิจของครัวเรือนได้ดังต่อไปนี้

- การศึกษาและรายได้เป็นปัจจัยสำคัญของความแตกต่างของความชุกของการสูบบุหรี คนจนและคนที่มีระดับการศึกษาต่ำสูบบุหรีมากกว่าคนรวยและคนที่มีระดับการศึกษาสูง 1.6 เท่า และ 2.5 เท่า ตาม

ตารางที่ 6 ช่องว่างความชุกของการสูบบุหรี่และแบบแผนการดื่มสุราเปรียบเทียบระหว่างการศึกษต่ำและสูง และระหว่างกลุ่มควินไทล์ของรายรับ Q1 และ Q5

หน่วย : เท่า

กลุ่มประชากร เปรียบเทียบ	ปัจจุบันสูบบุหรี่			ดื่มสุราทุกสัปดาห์			ดื่มสุราเป็นครั้งคราว			ไม่ดื่มสุรา		
	2544	2546	2549	2544	2546	2549	2544	2546	2549	2544	2546	2549
การศึกษาต่ำกับสูง	2.2	2.1	2.5	1.3	1.3	1.5	0.9	0.9	0.9	1.0	1.0	1.0
กลุ่ม Q1 กับ Q5	1.3	1.5	1.6	0.8	0.8	0.9	1.2	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0

ที่มา วิเคราะห์จากข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการของครัวเรือน พ.ศ. 2544⁽²⁾, 2546⁽³⁾ และ 2549⁽⁴⁾

ตารางที่ 7 แบบแผนการดื่มแอลกอฮอล์และอันดับโลกของประเทศไทย พ.ศ. 2544

เครื่องดื่ม	ลิตรต่อคนต่อปี	ร้อยละ	อันดับโลก
สุรากลั่น (spirits)	7.13	84	5
เบียร์	1.31	16	85
ไวน์	0.04	0	124
ทุกประเภท	8.47	100	40

ที่มา ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา⁽¹⁰⁾

ลำดับ และยังพบว่า ช่องว่างความแตกต่างกว้างขึ้นในช่วง พ.ศ. 2544 - 2549

• ระดับการศึกษาเป็นปัจจัยสำคัญของความแตกต่างของความชุกของการดื่มสุราทุกสัปดาห์ โดยช่องว่างความแตกต่างระหว่างผู้ที่มีการศึกษาน้อยกับผู้จบวิทยาลัยหรือมหาวิทยาลัยกว้างขึ้นใน พ.ศ. 2549

• ผู้มีรายได้สูงสุด (Q5) มีความชุกของการดื่มประจำทุกสัปดาห์มากกว่ากลุ่ม Q1 แต่ช่องว่างระหว่างกลุ่มทั้งสองไม่กว้างมากนัก

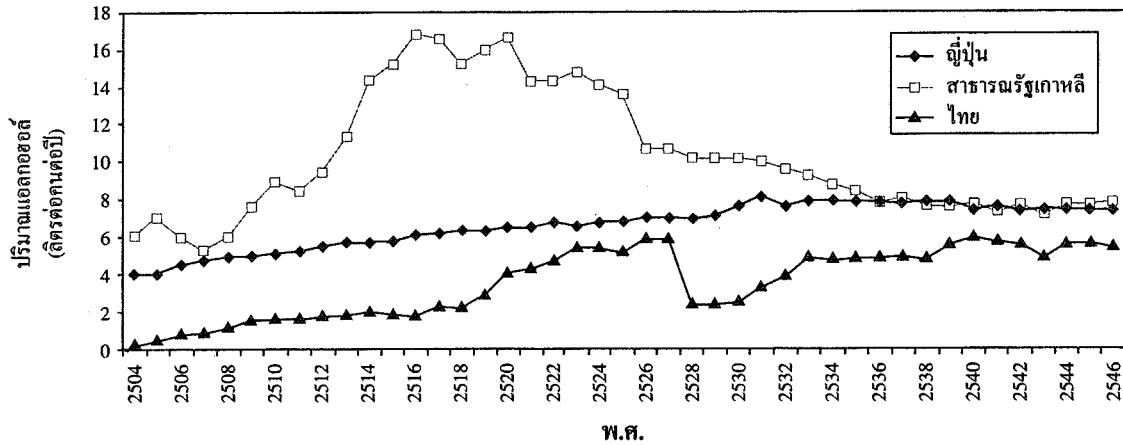
• ผู้มีการศึกษาสูง มีความชุกของการดื่มสุราเป็นครั้งคราว มากกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำกว่า แต่ช่องว่างไม่กว้างมากนัก ไม่พบช่องว่างของความชุกของการดื่มเป็นครั้งคราวเมื่อเปรียบเทียบรายได้

การศึกษาครั้งนี้ให้ข้อมูลเพิ่มเติมจากการศึกษาที่ผ่านมา เช่น ยงยุทธ ขจรธรรม และคณะ⁽⁹⁾ ซึ่ง

วิเคราะห์ประสิทธิผลของนโยบายและมาตรการต่อการบริโภคสุรา การศึกษานี้ระบุว่า คนไทยที่มีระดับการศึกษาต่ำ มีการบริโภคสุราทุกสัปดาห์มากกว่า และควรมีมาตรการควบคุมการบริโภคสุราที่มีประสิทธิผลสำหรับคนที่มีระดับการศึกษาต่ำ

ในการศึกษานี้ผู้วิจัยให้ความสำคัญเกี่ยวกับการบริโภคสุรา ซึ่งครัวเรือนมีรายจ่ายสำหรับสุรามากกว่าบุหรี่ และมากกว่าค่ารักษาพยาบาล จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการและนโยบายที่ได้ผลในการควบคุมการบริโภคสุรา นอกจากนี้ การที่สภานิติบัญญัติแห่งชาติ (สนช.) มีมติรับหลักการร่างพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เมื่อวันที่ 28 มีนาคม พ.ศ. 2550 ถือเป็นแนวโน้มที่ดีของประเทศไทยในการรณรงค์เพื่อลดการบริโภคสุรา

รายงานจากศูนย์วิจัยปัญหาสุรา ใน พ.ศ. 2544 ประเทศไทยบริโภคแอลกอฮอล์เฉลี่ยทุกประเภท 8.47 ลิตรของเอทานอล (ethanol) บริสุทธิ์ต่อประชากร ต่อปี เป็นอันดับ 40 ของโลกโดยเป็น เบียร์ 1.31 ลิตร ไวน์ 0.04 ลิตร และสุรากลั่น (spirits) 7.13 ลิตร⁽¹⁰⁾ (ตารางที่ 7) ทั้งนี้ หากไม่มีการดำเนินการใด ๆ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประเทศไทยคงจะอยู่ในอันดับที่สูงขึ้นเรื่อย ๆ เนื่องจากอันดับโลกของประเทศไทยได้ปรับขึ้นจากอันดับที่ 50 ใน พ.ศ. 2541 มาเป็นอันดับที่ 44, 43 และ 40 ใน พ.ศ. 2542-2544 ตามลำดับ⁽¹⁰⁾



ที่มา <http://www.who.int/globalatlas/default.asp>⁽¹¹⁾

รูปที่ 9 ปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ (ลิตรต่อคนต่อปี) ระหว่างประเทศไทย ญี่ปุ่นและสาธารณรัฐเกาหลี พ.ศ. 2504 - 2546

เมื่อเปรียบเทียบประเทศที่พัฒนาแล้วในเอเชีย เช่น สาธารณรัฐเกาหลี และญี่ปุ่น ไทยซึ่งเป็นประเทศกำลังพัฒนามีปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ต่อหัวประชากรใน พ.ศ. 2544 ค่อนข้างสูง เมื่อเปรียบเทียบกับสองประเทศดังกล่าว⁽¹¹⁾ ทั้ง ๆ ที่ระดับการพัฒนาศรษฐกิจแตกต่างกันมาก (รูปที่ 9) โดยที่สาธารณรัฐเกาหลีมีแนวโน้มควบคุมปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ได้ค่อนข้างดีตั้งแต่ พ.ศ. 2526

คนไทยมีอัตราการเพิ่มของการบริโภคแอลกอฮอล์ในลักษณะเส้นตรง (linear trend) โดยมีสมการจาก trend analysis เป็น $y = 0.2195x + 0.0123$ และมีค่า R square เท่ากับ 0.9535 ผู้วิจัยประมาณการ การบริโภคแอลกอฮอล์ต่อหัวประชากร ในช่วงเวลา 10 ปี (ระหว่าง พ.ศ. 2546 - 2556) พบว่า ใน พ.ศ. 2556 คนไทยจะมีการบริโภคเท่ากับ 11.6 ลิตรของเอทานอลบริสุทธิ์ต่อคนต่อปี ในขณะที่ ประเทศสหรัฐอเมริกากำหนดเป้าหมายสุขภาพของประชากรใน พ.ศ. 2553 ลดการบริโภคแอลกอฮอล์ลงเหลือไม่เกิน 2 แกลลอนของเอทานอล หรือเท่ากับ 7.57 ลิตรต่อคนต่อปี^(12,13) ดังนั้นประเทศไทยควรกำหนดเป้าหมายระดับชาติของการบริโภคแอลกอฮอล์ และต้องมีการบังคับใช้มาตรการที่มีประสิทธิผลเพื่อให้บรรลุเป้าหมายนั้น

มาตรการเชิงนโยบาย

การทบทวนอัตราการจัดเก็บภาษีของกรมสรรพสามิต พบว่า สุราขาวเป็นสุรากลั่น[†] ที่เสียภาษีเพียง 70 บาท/ลิตรของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ ขณะที่เหล้ากลั่นชนิดอื่น ๆ เก็บภาษีเต็มเพดานแล้วที่ 400 บาท/ลิตรแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ จึงทำให้ราคาขายของสุรากลั่นอื่นๆ สูงกว่า และเหล้าขาวยังเป็นเหล้าที่มีราคาถูกที่สุดเมื่อคิดตามปริมาณแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ จึงทำให้ชาวชนบทที่มีเศรษฐกิจยากจนนิยมดื่มเหล้าขาวมากกว่าโดยเฉพาะในภาคอีสาน เมื่อพิจารณาปริมาณเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั้งประเทศ แม้ว่าคนไทยดื่มเบียร์เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จาก 1.09 เป็น 1.31 ลิตรต่อคนต่อปีในระหว่าง พ.ศ. 2541-2544⁽¹⁰⁾ แต่การขึ้นภาษีเหล้าขาวเป็นการแก้ปัญหากลุ่มที่ติดสุราที่มีประสิทธิผลเนื่องจากมาตรการภาษีเพื่อควบคุมการบริโภคสุราขึ้นกับข้อเท็จจริงของแบบแผนการดื่มและความยืดหยุ่นต่อราคาและรายได้ (price and income elasticity) นอกจากนี้ การกำหนดอัตราภาษีสูงสุดของเบียร์ไว้เป็นร้อยละ 60 ตามมูลค่า กรมสรรพสามิตยังสามารถปรับภาษีจากปัจจุบันที่เก็บเพียงร้อยละ 55 เป็นร้อยละ 60

[†] สุรากลั่น ได้แก่ สุราขาว สุราผสม สุราปรุงพิเศษ และสุราพิเศษ ได้แก่ วิสกี้ และบรันดี

ของมูลค่าได้ การปรับขึ้นภาษีเบียร์ซึ่งเป็นเครื่องดื่มที่เยาวชนและประชาชนทั่วไปนิยมบริโภค จะเป็นมาตรการป้องกันที่มีประสิทธิภาพในการลดจำนวนนักดื่มหน้าใหม่

การกำหนดอายุต่ำสุดในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (minimum purchasing age) เป็นมาตรการที่ปฏิบัติในประเทศต่างๆ มากกว่า 76 ประเทศ และมีผลเคร่งครัดในประเทศที่เคยประสบปัญหาอุบัติเหตุจากรถจากผู้ขับขี่เมาสุรา⁽¹⁴⁾ จึงเป็นที่ประจักษ์ชัดว่า มาตรการดังกล่าวได้ผลดีในการลดอุบัติเหตุจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แล้วขับขี่ นอกจากนี้ยังเป็นการชะลอการดื่มให้มีการเริ่มต้นดื่มในอายุที่เหมาะสมอีกด้วย สำหรับประเทศไทยในปัจจุบันได้มีพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ. 2546 หมวด 6 การปฏิบัติต่อเด็ก มาตรา 26 ข้อ 10 ห้ามมิให้ผู้ใด จำหน่าย แลกเปลี่ยนหรือให้สุรา หรือ บุหรี่ แก่เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี⁽¹⁵⁾ และสำหรับเด็ก ในหมวด 4 การคุ้มครองสวัสดิภาพเด็ก มาตรา 45 ห้ามมิให้เด็กซื้อหรือเสพสุราหรือบุหรี่ หรือเข้าไปในสถานที่ เฉพาะเพื่อการจำหน่ายหรือเสพสุราหรือบุหรี่ ซึ่งการ บังคับใช้กฎหมายดังกล่าวมีความจำเป็นอย่างเร่งด่วนที่ จะได้รับความร่วมมือจากทุก ๆ ฝ่าย

การควบคุมการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทั้ง การโฆษณาทางตรง การโฆษณา ณ จุดขาย และการ โฆษณาทางอ้อม การส่งเสริมการขาย เช่น รายการ ชิงโชค การแลก แจก แถม มีการควบคุมไม่ให้มุ่งเน้น ไปในกลุ่มเยาวชน เนื้อหาการโฆษณา ช่องทางการรับรู้ ความถี่ และช่วงเวลาที่เหมาะสม ประเทศไทยมีการ ปฏิบัติในเรื่องการโฆษณาตามประกาศกรมประชา-สัมพันธ์เรื่องหลักเกณฑ์การโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และเครื่องดื่มผสมกาเฟอีน ทางสถานีวิทยุกระจาย-เสียงและวิทยุโทรทัศน์ ให้โฆษณาได้เฉพาะช่วงเวลา 22.00 - 05.00 น. และให้ทำในลักษณะการเสนอภาพ ลักษณะของบริษัทหรือกิจการเท่านั้น (corporate image) ต้องไม่มีลักษณะเชิญชวนให้บริโภคหรืออ้างสรรพคุณ ของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์⁽¹⁶⁾ ประกาศสำนักงานคณะ

กรรมการอาหารและยา เรื่องหลักเกณฑ์การโฆษณา เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ ลงวันที่ 19 กันยายน 2548⁽¹⁶⁾ มีการควบคุมเนื้อหา และต้องมี คำเตือนหนึ่งคำเตือนปรากฏในการโฆษณาทุกรูปแบบ ได้แก่ การดื่มสุราแล้วขับซึ่รถจะเป็นอันตรายและผิด กฎหมาย หรือ การจำหน่ายสุราแก่บุคคลอายุต่ำกว่า 18 ปี ผิดกฎหมาย หรือการดื่มสุราเป็นอันตรายต่อสุขภาพ และบั่นทอนสติสัมปชัญญะ และกฎกระทรวงว่าด้วย การโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และเครื่องดื่มที่ผสม กาเฟอีนในโรงภาพยนตร์และทางป้ายโฆษณา พ.ศ. 2547 ของสำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค สำนัก นายกรัฐมนตรี รวมทั้งมติคณะรัฐมนตรี เรื่องห้ามมี ป้ายโฆษณาในรัศมี 500 เมตรใกล้สถานศึกษา

การควบคุมการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (physical availability) เช่น กำหนดเวลาจำหน่ายเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ การจำกัดใบอนุญาต การจำกัดประเภท ของร้านค้า การกำหนดสถานที่จำหน่าย การกำหนด เวลาในการจำหน่าย มีผลต่อแบบแผนการดื่มและลด ผลกระทบที่เป็นปัญหาเฉพาะจากการดื่ม เช่น อุบัติเหตุ ในเวลากลางคืน ภัยสังคม อาชญากรรม การทะเลาะวิวาท การใช้ความรุนแรง ทั้งนี้ ประเทศไทยมีกฎหมาย กำหนดเวลาจำหน่ายสุราตามประกาศของคณะปฏิวัติ ฉบับที่ 253 พ.ศ. 2515⁽¹⁷⁾ สามารถจำหน่ายสุราเฉพาะ ภายในเวลา 11.00-14.00 น. และ 17.00-24.00 น. ผู้ ใดฝ่าฝืนต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 2 ปี ปรับไม่เกิน 4,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ แต่ยังไม่ได้รับความร่วมมือ เพียงเล็กน้อยและมีไม่กี่พื้นที่ที่ปฏิบัติตามกฎหมายดังกล่าว

การติดฉลากคำเตือนสุขภาพบนเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (health warning label) เพื่อเตือนผู้ดื่มให้ ระมัดระวังในการดื่มอาจให้โทษต่อสุขภาพ อันตรายต่อ การขับรถยนต์ ทำงานกับเครื่องจักร ตามประกาศ กระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 272 พ.ศ. 2546 เรื่อง สุรา ให้แสดงคำเตือนทั้งสามข้อความที่เครื่องดื่ม แอลกอฮอล์คือ (1) ห้ามจำหน่ายสุราแก่เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี (2) การดื่มสุราทำให้ความสามารถในการขับขี่

ยานพาหนะลดลง (3) เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปีไม่ควรดื่ม⁽¹⁸⁾ การสุ่มตรวจผู้ขับขี่ขณะมีเมามา (Random Breath Testing/ RBT) พระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522⁽¹⁹⁾ และพระราชบัญญัติการขนส่งทางบก พ.ศ. 2522⁽²⁰⁾ เน้นสร้างความปลอดภัยบนถนนมิให้มีผู้ขับขี่เมาสุรา จุดตรวจจับดังกล่าวมีผลในการแก้ไขปัญหาคู่ขับขี่ที่เมาสุราอย่างมาก เมื่อผนวกกับการดำเนินการลงโทษผู้กระทำความผิดที่มีประสิทธิภาพ

การให้คำแนะนำเบื้องต้นแก่ผู้ที่มีแนวโน้มจะมีปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยบุคลากรทางการแพทย์ เป็นการให้คำแนะนำเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ดื่มที่มีความเสี่ยงสูงหรือมีระดับที่เป็นอันตราย ให้มีการลดการดื่มลง

การรณรงค์ทางสื่อมวลชน (public campaign / media advocacy รวมทั้ง social marketing) มีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มความตระหนักของสังคม ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และให้เกิดมาตรการทางสังคม โครงการรณรงค์ส่วนใหญ่จะมุ่งเน้นสองวัตถุประสงค์แรก ส่วนวัตถุประสงค์ที่สาม เพื่อเรียกร้องให้เกิดมาตรการเชิงสังคมขึ้นในชุมชน เพื่อแก้ไขปัญหาคู่ขับขี่เมาสุรา เพื่อให้เกิดแรงสนับสนุนที่จะเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของสถาบัน นโยบายของรัฐ หรือกฎหมาย เพื่อให้บุคคลมีพฤติกรรมที่เหมาะสม

สรุปและข้อเสนอแนะ

ครัวเรือนไทยทุกกลุ่มรายได้ มีรายจ่ายเพื่อการบริโภคสุราประมาณร้อยละ 6-8 ของรายจ่ายครัวเรือนทั้งหมด ซึ่งสูงกว่ารายจ่ายเพื่อบุหรีประมาณร้อยละ 2-4 และสูงกว่ารายจ่ายเพื่อการรักษาพยาบาล ประมาณร้อยละ 2-4 ของรายจ่ายทั้งหมดของครัวเรือน มาตรการและนโยบายเพื่อลดการบริโภคสินค้าทำลายสุขภาพมีประสิทธิผลต่ำโดยเฉพาะครัวเรือนที่มีการศึกษาต่ำ มีแนวโน้มความไม่เสมอภาคเพิ่มมากขึ้น ของอัตราความชุกการสูบบุหรีและการดื่มสุราเป็นประจำ ระหว่าง Q1 และ Q5 นอกจากนี้ การตอบสนองต่อ

นโยบายในการลดความชุกของการสูบบุหรี ดีกว่าการดื่มสุราเป็นประจำทุกสัปดาห์ แม้ว่า ความชุกของการไม่ดื่มเลยจะเพิ่มขึ้น แต่ความถี่ของการดื่มสุรามากขึ้น มีการเปลี่ยนจากการดื่มเป็นครั้งคราว เป็นการดื่มประจำมากขึ้น ดังนั้น จึงควรเร่งรัดมาตรการที่มีประสิทธิผลต่อการลดการสูบบุหรีและบริโภคสุรา โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำ ผู้มีการศึกษาน้อย รายได้น้อย โดยใช้มาตรการทั้งด้านอุปสงค์และอุปทาน

กิตติกรรมประกาศ

ขอบคุณ สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำหรับฐานข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ และการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน อันเป็นฐานข้อมูลที่สำคัญและจำเป็นต่อการประเมินผล การปรับเปลี่ยนและพัฒนา นโยบายสุขภาพของประเทศไทย ขอขอบพระคุณ นพ.ทักษพล ธรรมรังสี และ ดร. ศรัณยา เบญจกุล ที่ได้ให้คำแนะนำในการปรับปรุงร่างบทความฉบับนี้ ขอขอบคุณโครงการความร่วมมือด้านการวิจัยเพื่อส่งเสริมความเป็นธรรมในระบบสุขภาพ (CREHS) ที่สนับสนุนแนวคิดในการศึกษาวิจัยความเป็นธรรมทางสุขภาพ และท้ายที่สุด ขอขอบพระคุณสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ที่สนับสนุนโครงการเมธีวิจัยอาวุโส (พ.ศ. 2541- 2547) ซึ่งเป็นต้นกำเนิดของสำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP-Thailand)

เอกสารอ้างอิง

1. กนิษฐา บุญธรรมเจริญ. โครงการศึกษาภาระโรคและปัจจัยเสี่ยงของประเทศไทย ปี 2547. นนทบุรี: สำนักงานพัฒนา นโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข; 2550.
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2544. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี; 2544.
3. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2546. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร; 2546.

4. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2549. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร; 2549.
5. Deaton A. The analysis of household surveys: a micro-econometric approach to development policy. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1997.
6. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2545. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี; 2545.
7. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2547. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร; 2547.
8. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2549. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร; 2549.
9. ชงยุทธ ขจรธรรม, พิมพา ขจรธรรม, บัณฑิต ศรีไพศาล. ประสิทธิภาพของนโยบายและมาตรการการควบคุมการบริโภคแอลกอฮอล์. กรุงเทพมหานคร: บริษัทไชร์; 2547.
10. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. ยอดการบริโภคและสถิติแอลกอฮอล์ในประเทศไทย [online]. 2550 [สืบค้นเมื่อ 19 มี.ค. 2550]; แหล่งข้อมูล: URL:<http://www.cas.or.th/index.php?content=statistic&location=1&category=2&id=6>
11. Global Alcohol Database. Data on alcohol and alcohol-related problems [online]. 2007 [cited 2007 March 28]; Available from: URL:<http://www.who.int/globalatlas/default.asp>
12. Lakins NE, Williams GD, Yi HY, Hilton ME. Apparent per capita alcohol consumption: national, state, and regional trends, 1977-2003, surveillance report #73. Bethesda: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism; 2005.
13. Office of Disease Prevention & Health Promotion, US Department of Health and Human Services. Healthy people 2010 [online]. 2005 [cited 2007 March 29]; Available from: URL:http://www.healthypeople.gov/document/HTML/Volume2/26Substance.htm#_Toc489757831/
14. Wagenaar AC, Toomey TL. Effects of minimum drinking age laws: review and analyses of the literature from 1960 to 2000. J Stud Alcohol 2002; 14: 206-25.
15. สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ. 2546. [online]. 2546 [สืบค้นเมื่อ 15 เม.ย. 2550]; แหล่งข้อมูล: <http://www.krisdika.go.th/highlight.jsp?idx=5>
16. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. นโยบายและยุทธศาสตร์แห่งชาติในการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2548.
17. สำนักงานกฎหมายมงคลธรรม. ประกาศของคณะปฏิวัติฉบับที่ 253 ลงวันที่ 16 พฤศจิกายน พุทธศักราช 2515. [online]. 2006 [สืบค้นเมื่อ 16 เม.ย. 2550]; แหล่งข้อมูล: <http://www.kodmhai.com/m4/m4-19/H54/M47.html>
18. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. ประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 275 พ.ศ. 2546 เรื่องสุรา (ฉบับที่ 2). [online]. 2546 [สืบค้นเมื่อ 16 เม.ย. 2550]; แหล่งข้อมูล: <http://www.fda.moph.go.th/fda-net/html/product/food/ntfmoph/ntf275.htm>
19. สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. พระราชบัญญัติจรรยาบรรณ พ.ศ. 2522. [online]. 2546 [สืบค้นเมื่อ 16 เม.ย. 2550]; แหล่งข้อมูล: <http://www.krisdika.go.th/lawHeadContent.jsp?fromPage=lawHeadContent&formatFile=htm&hID=0>
20. สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. พระราชบัญญัติการขนส่งทางบก พ.ศ. 2522. [online]. 2545 [สืบค้นเมื่อ 16 เม.ย. 2550]; แหล่งข้อมูล: <http://www.krisdika.go.th/lawHeadContent.jsp?fromPage=lawHeadContent&formatFile=htm&hID=0>

Abstract **Health Risk Distribution by Socio-economic Status and Educational Levels of Thai Households: Who Smoke and Drink More?**

Vichai Chokevivat*, **Supon Limwattananon****, **Kanitta Bundhamcharoen*****, **Phusit Prakongsai*****, **Viroj Tangcharoensathien*****

*Department for Development of Thai Traditional and Alternative Medicine, **Faculty of Pharmaceutical Sciences, Khon Kaen University and IHPP, ***International Health Policy Program (IHPP), Ministry of Public Health

Journal of Health Science 2007; 16:S3-19.

Tobacco and alcohol remained the two major contributors to Disable Adjusted Life Year (DALY) loss as evident by the 1999 and 2004 Burden of Diseases Study. This study was aimed to assess the prevalence of cigarette smoking and alcohol drinking, and household expenditure on tobacco, alcohol, and health across different educational levels and income quintiles. The study analyzed two major nationally household surveys conducted by the National Statistical Office, the Health and Welfare Survey for 2544, 2546 and 2549 (B.E.) and Household Socioeconomic Survey for 2545, 2547 and 2549 (B.E.).

Results revealed a negative correlation of cigarette smoking between those in the lower and higher educational levels, and between the poorer and higher income quintiles. The inequitable indexes (ratio of prevalence between the first and the fifth income quintiles, and between the lowest and the highest educational levels) of risk exposure to tobacco increased over the period of 2544 to 2549, indicating those with limited education and the poor did not benefit from government campaigns against tobacco. In contrast, the inequitable indexes of risk exposure to alcohol shown an impact of the government campaigns on highly educated people, but no different impact on those in different income quintiles. It was likely that benefits from the campaigns against tobacco were mostly yielded to the richer and higher income groups, while there might be no difference of benefits gained from the campaigns against alcohol among those with different income categories. In addition, of the total household consumption expenditure, around 6 to 7.5 percent were for alcohol, 2 to 4 percent for tobacco, and 2-4 percent for healthcare. Household spending on these hazardous goods was 4-8 percent higher than that on healthcare.

Urgent revisit of effective policy interventions for alcohol consumption control was proposed. This includes demand and supply side interventions, especially on taxation and price policy due to income and price elasticity of tobacco and alcohol. Control of accessibility to alcohol should include hours of sale, minimum purchasing age, prohibit of alcohol sale and consumption in high-risk situations, and drunk-driving breath testing. In addition, more extensive analyses can be most beneficial if the national household surveys include questions on frequency and volume of household alcohol consumption.

Key words: inequity in health, health risk behaviour, tobacco consumption, alcohol consumption

